

All'Azienda

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di Atto notorio ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.00

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a..... il..... Residente in.....
Via/Piazza..... n.....
Tel..... cellulare.....

Iscritto all'Albo dei.....della Provincia/Regione di.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi nonché consapevole dell'eventuale decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che

- nell'anno 2019
- nell'anno 2020

non ha svolto attività libero professionale, fatto salvo quanto previsto dall'Articolo 42 dell'ACN 2016-2018 e di non aver ridotto l'orario di incarico ai sensi dell'Art. 31, comma 5 (barrare l'anno di interesse o entrambi)

Chiede pertanto nella qualità di:

- SPECIALISTA AMBULATORIALE
- VETERINARIO AMBULATORIALE

di poter fruire dei benefici economici previsti dall'Articolo 43, lettera B comma 15,

ovvero in qualità di:

- PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA AMBULATORIALE
- BIOLOGO AMBULATORIALE
- CHIMICO AMBULATORIALE

di poter fruire dei benefici economici previsti dall'articolo 44 lettera B, comma 11, del suddetto ACN.

Si allega copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data.....

firma.....